

Grippe

Date:

Numéro de dossier
(de la plateforme en ligne)

Questionnaire de triage pour la vaccination contre la grippe par le pharmacien

Informations concernant la vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée pour les personnes dès 16 ans; en particulier pour (veuillez cocher la case appropriée) :

- personnes à partir de 65 ans
- personnes qui, dans le cadre de leurs activités professionnelles ou privées, sont en contact régulier avec des personnes à risque accru de complications ou des nourrissons de moins de six mois
- membres de professions médicales, personnel de crèches, homes pour personnes âgées, etc.
- personnes qui désirent limiter leur risque d'infection grippale
- personnes souffrant de maladies chroniques spécifiques (voir plan de vaccination)

A Coordonnées du client

Nom: Prénom:

Date de naissance: Numéro de client:

Adresse:

NPA: Lieu:

Numéro de téléphone (facultatif): E-mail (facultatif):

B Anamnèse → veuillez respecter les prescriptions cantonales

Critères d'exclusion temporaire

Si «oui» → reporter la vaccination

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Vous sentez-vous mal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu de la fièvre ces dernières 48 heures ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Critères d'exclusion

S'il est répondu par «oui» à au moins une question munie d'une «★» → risque vaccinal particulier (consultation médicale recommandée; **ZH**: Référer à un médecin)

OUI NON

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Est-ce que vous êtes allergique : | | |
| → aux œufs ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → à des médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → à l'un des composants du vaccin ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous avez déjà eu par le passé une réaction sérieuse pendant ou après une vaccination ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous êtes enceinte ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous souffrez de déficience immunitaire ou d'une maladie immunitaire ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous avez un risque accru de saignement (p.ex. héréditaire) ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Est-ce que vous prenez régulièrement : | | |
| → un médicament anticoagulant (sauf l'aspirine) ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → de la cortisone (≥20 mg/j, resp. prednisone ou équivalent) ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → un médicament qui inhibe les défenses immunitaires ?★ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| → d'autres médicaments, lesquels ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	OUI	NON
Est-ce que vous êtes actuellement sous contrôle médical régulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous déjà évanoui/e lors d'une vaccination ou d'un prélèvement sanguin ou avez-vous eu des nausées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Prescription médicale		
Ordonnance disponible pour la vaccination ? (p. ex. en cas de risque vaccinal particulier ou pour les cantons qui autorisent uniquement la vaccination sur ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Pathologies sous-jacentes		
Veuillez respecter les prescriptions cantonales; informations facultatives		
Est-ce que vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Trouble de la fonction thyroïdienne <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie gastro-intestinale <input type="checkbox"/> Maladie des poumons (p. ex. asthme, BPCO) <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme (p. ex. diabète, hyperlipidémie) <input type="checkbox"/> Maladie du système nerveux central <input type="checkbox"/> Autre maladie, à savoir :		

	OUI	NON
C Informations complémentaires concernant la vaccination contre la grippe Informations facultatives		
Est-ce que c'est la première fois que vous vous faites vacciner contre la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que la dernière vaccination contre la grippe a été effectuée		
<input type="checkbox"/> à la pharmacie ? <input type="checkbox"/> chez votre médecin de famille ? <input type="checkbox"/> à l'hôpital ? <input type="checkbox"/> autre ?		
La prestation de la vaccination en pharmacie vous a-t-elle spécifiquement motivé à vous faire vacciner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un médecin de famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques :		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

D Informations concernant les effets indésirables et accord du client

- Les réactions au site d'injection (douleur, rougeur, prurit) sont fréquentes et disparaissent généralement après deux jours.
- Les réactions systémiques (fièvre, douleurs musculaires, sensation de malaise) sont observées chez environ 5 % des personnes vaccinées; elles durent rarement plus de deux jours.
- Les effets indésirables sévères (urticaire, œdèmes, asthme, état de choc) sont extrêmement rares. Le rapport de causalité entre une paralysie (syndrome de Guillain-Barré, SGB) et le vaccin contre la grippe n'a pas pu être clairement établi. Sa fréquence est estimée à un cas sur un million de personnes vaccinées.

Si vous souffrez de symptômes qui vous préoccupent, veuillez nous en informer immédiatement ou en informer un médecin.

J'ai pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus et je confirme avoir été informé également du prix de la vaccination. Toutes les questions que j'avais ont été abordées au préalable avec le pharmacien/ médecin. Je n'ai aucune autre question. Par ma signature, j'accepte d'être vacciné.

J'accepte que mes données soient traitées de façon anonyme à des fins statistiques.

Par ma signature, j'atteste que toutes les données saisies dans le questionnaire sont complètes et véridiques.

Lieu/date: Signature du client:

E Données concernant l'acte de vaccination

Vaccination administrée

- Saisie dans le dossier électronique de vaccination, y compris numéro de lot du vaccin
- Saisie dans le carnet de vaccination, y compris numéro de lot du vaccin
- Saisie dans le carnet de vaccination/le dossier électronique de vaccination non souhaitée

Nom du vaccin: Numéro de lot du vaccin:

Remarques concernant la vaccination:

Vaccination non administrée pour la raison suivante

- Sensation de malaise du client
- Pathologie sous-jacente/prise de médicaments
- Risque vaccinal particulier (voir point B)
- Vaccination non indiquée pour ce client (groupe-cible)
- Renonciation du client

Vaccination reportée

Client adressé au médecin

Remplir le questionnaire a pris environ: minutes

Combien demandez-vous pour une vaccination contre la grippe?

≤30 CHF 31 – 40 CHF 41 – 50 CHF >50 CHF

Lieu/date: Signature du pharmacien responsable:

Effet indésirable après la vaccination (réaction immédiate ou feed-back du client)

Réaction locale

Réaction systémique:

- nécessitant un contact avec les urgences
- accident post-vaccinal annoncé (Pharmacovigilance, EIViS)

Description (suivi inclus):

Date du feed-back:

Ce document doit être conservé pendant 10 ans au minimum ou conformément aux prescriptions cantonales.